Aus dem Krankenhause Bergmannstrost, Halle a. d. S.
Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Oberst.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Johann Bernhard Gansz
approb. Arzt
aus Emsdetten i. Westf.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Halle a. d. S. 1921

Buchdruckerei H. Lechte, Emsdetten i. Westf.

Ein Beitrag zur Lehre veralteter und irreponibler traumatischer Hüftgelenksluxationen.

Als Thema zur Doktordissertation dienten 4 Fälle von irreponiblen traumatischen Hüftgelenksluxationen, die der Mitteilung wert erscheinen. Einer von ihnen ist bereits früher von Brüning erwähnt, aber der Vollständigkeit halber kurz beigefügt worden. In der Einleitung der Arbeit ist über traumatische Hüftgelenksluxationen schlechthin die Rede, über das zahlenmässige Vorkommen der einzelnen Luxationsformen und die Entwicklung der Therapie bis auf unsere Zeit unter besonderer Berücksichtigung der unblutigen Behandlungsmethoden.

Es handelt sich bei den beschriebenen Fällen um zwei vordere und zwei hintere Luxationen, die sämtlich als Folge grosser Gewalteinwirkung zustande kamen, die drei älteren infolge Verschüttung, der frische Fall 2 durch Sturz vom Turnreck und als erschwerender Umstand mit mächtiger Schwungkraft. Nach missungenem unblutigen Repositionsversuch wurde dreimal die blutige Reposition ausgeführt, einmal musste wegen unüberwindlicher Schwierigkeiten (Alter der Luxation und hochgradiger pathologischer Veränderungen) zur Resektion geschritten werden.

Befund Fall I: Mittelgrosser Patient von schwächlichem Körperbau. Innere Organe der Brust und des Bauches o. B. Das rechte Bein steht im Hüftgelenk in Flexionsstellung von ca. 45°, um 30° abduziert und stark nach aussen rotiert. Weitere Beugung ist ausführbar, ein Streckungsversuch des Oberschenkels findet jedoch federnden Widerstand. Am ganzen rechten Unterschenkel ist die Sensibilität aufgehoben, die Zehen können nicht bewegt werden. In der rechten Leistenbeuge sieht man eine runde Vorwölbung und über derselben deutliche Pulsation. Durch Palpation lässt sich die Vorwölbung als vom Femurkopf herrührend erkennen. Dieser steht im Foramen obturatorium und folgt den Bewegungen des Oberschenkels. Diagnose: Luxatio obturatoria.

Befund Fall II: Mittelkräftiger, junger Mann mit gesunden inneren Organen. Das rechte Bein ist verkürzt und nach aussen

rotiert, im Hüftgelenk abnorm fixiert. Der Schenkelkopf ist vorn über dem Schambein zu fühlen. Diagnose: Luxatio suprapubica.

Befund Fall III: Untermittelgrosser, gesund aussehender Patient in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Innere Organe der Brust und des Bauches o. B. Das linke Bein steht im Hüftgelenk in leichter Flexion, Adduktion und Innenrotation und ist in dieser Stellung fixiert. Die Flexion lässt sich durch compensatorische Lordose der Lendenwirbelsäule annähernd ausgleichen. Das Röntgenbild bestätigt den typischen Befund einer Luxatio iliaca, zeigt ausserdem eine merkwürdige, ringförmige, den Femurkopf koncentrisch umgebende Knochenbildung. Gang ausserordentlich behindert und nur an zwei Stöcken möglich, wobei Patient mit der Fußspitze auftritt. Klagen über Schmerzen im linken Bein und der Hüfte nach langem Gehen und Stehen.

Befund Fall IV: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Direkte reponible r. Hernie, beiderseits Plattfüsse. Das rechte Kniegelenk steht in Beugekontraktur von etwa 130°, weitere Beugung ist etwas über einen rechten Winkel hinaus ausführbar. Das rechte Bein steht ausserdem in starker Abduktion und Innenrotation. Verkürzung des Beines reichlich um 4 Querfingerbreiten. Muskulatur des rechten Beines schlaff und atrophisch. Kein Oedem. Das linke Kniegelenk erscheint normal. Oberschenkelumfang rechts 44,5 cm., links 46 cm. Unterschenkelumfang rechts 31,5 cm., links 34 cm. Bewegungen des Knie- und Fußgelenkes beiderseits frei. Röntgenogramm ergibt: typische Luxatio iliaca. Am rechten Femurkopf ist eine halbkranzförmige, dünne, augenscheinlich knöcherne Schale zu sehen.

In der Dissertation ist nach Schilderung der einzelnen Fälle eingehend der Entstehungsmechanismus der Luxationen, soweit er sich aus den zum Teil knappen Anamnesen herleiten lassen konnte, erörtert. Weiter sind die pathologischen Veränderungen, wie sie sich bei der Operation ergaben und besonders ihre Genese zusammenfassend behandelt. Dabei ist die Literatur in weitgehendstem Masse auch häufig vergleichsweise herangezogen. Hiernach ist über Diagnose, Prognose und Therapie berichtet.

Am Schlusse der Arbeit werden das gute Operationsresultat und die Gründe für die funktionellen Ergebnisse (zwei Fälle erhielten gute Funktion in der Hüfte, zwei heilten mit Ankylose ohne Verkürzung des Beines und gutem Gang aus) der einzelnen

Luxationen dargelegt. An Hand unserer Fälle kann man erkennen, daß die blutige Reposition das Ideal der Therapie ist und man bei jeder veralteten Hüftgelenksluxation die Operation im Sinne einer Reposition beginnen soll. Für eine gute Funktion im Hüftgelenk ist vor allen Dingen weitgehendste Unterstützung von Seiten des Patienten in der Ausübung der medico-mechanischen Übungen erforderlich.